



Fordypningsoppgave

VAK706 Avansert klinisk sykepleie

**Endringsprosjekt - kartlegging og forebygging av
underernæring hos eldre hjemmeboende eldre.
Change Project -mapping and prevention of
malnutrition in elderly at home.**

Lena Settemsdal

Totalt antall sider inkludert forsiden: 31

Molde, 28.09.2018.



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Trude Fløystad Eines

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 16.05.2018

Forord:

For us who Nurse, our Nursing is a thing, which, unless in it we are making progress every year, every month, every week, take my word for it we are going back. The more experience we gain, the more progress we can make.

Florence Nightingale

Sammendrag

Bakgrunn: Eldre personer som har behov for hjemmesykepleie har ofte komplekse sykdomstilstander og mange diagnoser som bidrar til at de er utsatt for underernæring.

Hensikt: Hensikten med prosjektet er å etablere rutiner i hjemmesykepleien for hvordan sykepleier kan bidra til å kartlegge og forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre.

Metode: Metode for gjennomføring av endringsprosjektet er hentet fra Kunnskapssenteret. Den er basert på 5 trinn som beskriver endringsprosessen: forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp. Modellen er lagt opp sirkulært for å illustrere at man bør jobbe fram og tilbake i en kontinuerlig prosess.

Nøkkelord: Ernæringsscreening, eldre, hjemmeboende, hjemmesykepleie, system, rutiner, MNA, sykepleie.

Abstract:

Background: Older people in need of home nursing often have complex illnesses and many diagnoses that can cause malnutrition.

Purpose: The purpose of the project is to establish routines in home nursing for how nurses can help to map and prevent malnutrition at home elderly.

Method: Method of implementation of the change project is obtained from the Knowledge Center.

It is based on 5 steps describing the change process: preparing, scheduling, performing, evaluating and following up. The model is circular to illustrate that one should work back and forth in a continuous process.

Keywords: Nutritional Assessment, elderly, routine, system, homecare, homebased care. MNA, nurse and nursing.

Innhold

1.0	Innledning.	1
2.0	Introduksjon og bakgrunn.	2
2.1	Hensikt med prosjektet	3
3.0	Tidligere forskning	3
3.1	Søkestrategi	3
3.1.1	Underernæring, kartlegging og utfordringer.	4
3.1.2	Ansvar og oppfølging av ernæringsstatus	5
4.0	Teoretisk perspektiv	6
4.1	Virginia Henderson	6
4.2	Endring i organisasjonen.	6
4.3	Endringsprosesser i helsetjenestene.	7
5.0	Metode	7
5.1	Modell for endringsarbeid	8
6.0	Gjennomføring av prosjekt	9
6.1	Trinn 1 – Forberede	9
6.2	Trinn 2 – Planlegge	9
6.3	Trinn 3- Utføre	9
6.4	Trinn 4 – Evaluere.	10
6.5	Trinn 5- Følge opp	11
7.0	Etiske overveielser	12
8.0	Fremdriftsplan	13
9.0	Konklusjon og relevans	13
10.0	Litteraturliste	15

1.0 Innledning.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble utarbeidet av Helsedirektoratet i 2009.(Helsedirektoratet).I tillegg anbefales kommunale helsetjenester å følge anbefalingene til det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «*I trygge hender 24-7*»(Pasientsikkerhetsprogrammet 2014)..Vi har Nasjonalt råd for ernæring sin rapport om sykdomsrelatert underernæring fra 2015. Vi har kompetanseplaner, og tiltakspakker.

Loven sier at alle mottakere av helsehjelp, både med tidsbegrensede opphold i institusjon og langtidsopphold i institusjon, skal risikovurderes i forhold til risiko for underernæring. Dette følger av plikten til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4 og i helse- og omsorgstjenesteloven om pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene. Ernæringsmessig risiko skal vurderes månedlig i henhold til Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2009). Derom en pasient er underernært finnes det krav til hvordan vi som helsepersonell skal utarbeide en plan, og hvilke krav som stilles til innhold og oppfølging (helsedirektoratet.no). Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste, og pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015).

Jeg jobber i primærhelsetjenesten og møter daglig de utfordringene som regjeringen påpeker i Stortingsmelding 26 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015). Utfordringene er ofte knyttet til for lav brukerinvolvering, ledelse, rekruttering og kompetanse, organisering og arbeidsformer, tilgjengelighet, finansieringsordninger, roller og ansvar gitt de ulike yrkesgruppene gjennom utdanning og regelverk. Personellressursene utnyttes dessverre ofte ikke optimalt. Det legges ikke nok vekt på forebygging og tjenestene er ofte ikke tilstrekkelig proaktive og har ikke med populasjonsperspektivet i planleggingen. Det gis for lite opplæring i mestring i samarbeid med pasient og pårørende. I følge stortingsmelding 26 (2014-2015) er dagens tjeneste er i for liten grad utformet for å møte dagens- og morgendagens behov (regjeringen.no).

I dette prosjektet vil jeg presentere planer for hvordan man gjennom systematisk arbeid kan etablere rutiner i hjemmesykepleien for hvordan sykepleier kan bidra til å kartlegge og forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre.

2.0 Introduksjon og bakgrunn.

Denne prosjektplanen skal bidra til å implementere gode rutiner for kartlegging og forebygging av underernæring hos eldre hjemmeboende pasienter i hjemmetjenesten i Kristiansund. Mine erfaringer er at kartleggingen av ernæringsstatusen hos pasientene i dag ofte er bra, men at oppfølgingen ikke er god nok.

I hjemmetjenesten i Kristiansund er det i dag ca. 75 sykepleiere fordelt på 7 roder av ulike nasjonaliteter. Vi praktiserer i det daglige primærsykepleie, og jeg ser det da som en sykepleieoppgave og følge med på pasientens ernæringsstatus, og iverksette tiltak. Dette prosjektet rettes derfor mot sykepleiere, og har ett sykepleieperspektiv. I følge Statistisk Sentralbyrå var det pr 31.12.17 1038 mennesker i kommunen i aldersgruppen over 80 år. Av disse er 324 stykker mottakere av kommunale hjemmetjenester.

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester har som formål blant annet å sikre at tjenestetilbudet glir tilrettelagt med respekt for hver enkelts integritet og verdighet.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring fra Helsedirektoratet (2009) sier at målet er at underernærte og personer med ernæringsmessig risiko skal bli identifisert, og få ernæringsbehandling. Retningslinjene fastslår at eldre med hjemmesykepleie skal screenes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse eller ved vedtak om hjemmesykepleie og inngå som en del av sykepleierens rutinemessige utredning (Helsedirektoratet 2009).

Sykdom den viktigste årsaken til underernæring, men manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og -behov er en betydelig medvirkende faktor til at ernæringsstatus forringes ytterligere under et sykehusopphold. Europarådet fastslår i sin rapport til Helsedirektoratet (2009) at ernæring er lavt prioritert i europeiske sykehus, herunder også norske. Ernæringsbehandlingen er tilfeldig, ustrukturert og mangelfull. Dette kan skyldes manglende engasjement fra institusjonsledelsens side, manglende kunnskaper om ernæring, uklare ansvarsforhold i planlegging og ledelse når det gjelder kost og ernæring og mangel på samarbeid mellom ulike faggrupper (Helsedirektoratet 2009).

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal bidra til å redusere pasientskader i Norge. Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* (2014) har i sin strategi for 2014-2018 ernæring som ett av sine satsningsområder, og har utarbeidet en egen tiltakspakke for

behandling og underernæring i hjemmetjenesten (Helsedirektoratet 2014). Underernæring defineres av Helsedirektoratet (2017) som:

En ernæringsituasjon der mangel på energi, protein, og eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning, funksjon og kliniske utfall (side 9).

2.1 Hensikt med prosjektet

Hensikten med prosjektet er å etablere rutiner i hjemmesykepleien for hvordan sykepleier kan bidra til å kartlegge og forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre.

3.0 Tidligere forskning

3.1 Søkestrategi

Søkene ble gjort etter at hensikten med oppgaven var godkjent av veileder. Søkene Artikkeløkene ble gjort gjennomført i databasene OVID og ProQuest.

Etter at hensikten var klar, utførte jeg to ulike søk. Det første var med hensikt å finne litteratur om ernæringsstatus hos hjemmeboende eldre. Sykepleierspektivet ikke var utslagsgivende for å finne relevant litteratur her, så jeg utelot «sykepleie» som søkeord til tross for at prosjektet har ett sykepleierspektiv. I oppgaven er 7 av artiklene inkludert. Det andre søket jeg gjorde var for å finne forskning på hvordan man kan jobbe med sykepleiefaglige systemer/rutiner/prosedyrer ved forebygging/kartlegging av underernæring. Søket ble utført i ProQuest, søket ble begrenset til å kun inkludere artikler i fulltekst da det viste seg å være problematisk å få bestilt artikler fra denne databasen. Med veiledning fra bibliotekar i forhold til søkeord og ulike søkemetoder, så endte jeg opp med 31 treff, hvor jeg valgte å lese sammendraget på alle artiklene for å være sikker på at

jeg ikke utelot artikler med relevante funn. Jeg leste 4 av disse i fulltekst. 1 er inkludert i oppgaven.

Utenom disse artiklene har jeg også valgt å inkludere 3 artikler funnet gjennom manuelle søk etter funn i referanselister i andre leste artikler. Den ene av disse var eldre enn 5 år men jeg valgte å inkludere den da den var en oversiktsartikkel over forskning som var gjort på validiteten på screeningverktøyet som anvendes.

Sjekkliste fra Folkehelseinstituttet via Helsebiblioteket.no ble benyttet for kvalitetsvurdering av artiklene. Totalt 11 artikler ble inkludert (vedlegg 3).

3.1.1 Underernæring, kartlegging og utfordringer.

De negative konsekvensene av underernæring er mange, økt risiko for sykkelighet og dødelighet, nedsatt kognitiv, fysisk og sosial funksjon og dermed redusert livskvalitet, økte helsekostnader, flere sykehusopphold, økt behov for legetilsyn, mer intensiv pleie, og økt behov for pleiehjem (Beck et al.2016; Hamirudin et al. 2014; Lundin et al. 2012; Gjerlaug et al.2016).

For å fange opp pasienter som står i fare for underernæringene i en tidlig fase, sier Guerden et al. (2015) at noe av det hyppigste symptomet disse pasientene rapporterte i en tidlig fase, var manglende appetitt. Ifølge Rognstad et.al (2013) har eldre ofte dårlig ernæringsstatus før sykdom oppstår. Underernæring er utbredt blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt, og omkring halvparten av pasientene i denne pasientgruppen var underernærte, eller stod i fare for underernæring. Kvinner ser ut til å være mer utsatt for underernæring enn menn. (Kahter og Aboulezz 2011; Smedshaug 2009 For å fange opp de som er i risikogruppen og unngå at pasientene blir underernærte, er vi avhengige av kartleggingsverktøy. Ved å screene for ernæringsmessig risiko, kan man da enklere identifisere personer med økt risiko for underernæring (Gjerlaug et al. 2016).

MNA som kartleggingsskjema er godt validert (Gjerlaug et al. 2016),- og er det skjemaet som anvendes i Kristiansund Kommune. Vi anvender dette til tross for at MNA skjemaets evne til å forutsi dødelighet kun har blitt evaluert ved sykehus, på sykehjem og på pasienter ved pleiehjem (Lundin et al. 2012).

Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus til eldre pasienter som mottar hjemmetjenester er en kompleks utfordring. Årsakene til at pasienter som bor hjemme er underernært, - og ikke blir fulgt opp, har flere årsaker. Ifølge Gjerlaug et al. (2016) kan en

årsak til underernæring være at helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad identifiserer risikofaktorer, som dårlig appetitt og problemer med å spise blant eldre. Det er også avdekket mangelfulle rutiner og prosedyrer både for vurdering av matinntak og ernæringstilstand i ulike helseinstitusjoner (Gjerlaug et al.2016).

3.1.2 Ansvar og oppfølging av ernæringsstatus

Studien til Bender et al. (2016) viser at bruk av en klinisk sykepleier til å lede organiseringen av sykepleien i praksis, er en tilnærming for å integrere kontinuitet i sykepleien, med potensiale for å forbedre tverrfaglige omsorgsprosesser (Bender et al. 2016). Hvilke faktorer som fremmer suksess og hvordan disse påvirker effektivitet for å forbedre kvaliteten og pasientutfall var noe uklare. I organisasjoner som hadde klare definerte roller til sine kliniske ledere, oppnådde høyere kvalitet, og mer kontinuitet i pleie av pasientene (Bender et al.2016).

I følge Beck et al. (2016) har det bare vært gjort noen få studier av oppfølgingen av ernæringsoppfølging blant hjemmeboende, og ingen studier som har en tverrprofesjonell tilnærming. Det ble ikke gjort forsøk på å lære opp personell til oppgaver tilegnet spesialister, men heller fokusert på å samarbeide med andre faggrupper i oppfølgingen av pasienten. (Hamirudin et al. 2014). Selv om bruken av ernæringstilskudd reduserer dødeligheten og vekttapet hos pasienter på sykehjem, er resultatene for dette hos hjemmeboende, likevel svært begrenset (Beck et al. 2016).

Det er avdekket mangelfulle rutiner og prosedyrer både for vurdering av matinntak og ernæringstilstand i ulike helseinstitusjoner og i hjemmetjenesten (Gjerlaug et al. 2016). Fordelene ved å lære opp personalet i bruken av MNA verktøyet, var at de ble bevisste på fordelene ved å fokusere på ernæringsstatus, og forebygging av underernæring, bidro til at personalet utviklet bedre holdninger, og ble tryggere i bruken av verktøyet (Hamirudin et al. 2014).

Det ble også avdekket behov for å henvise underernærte pasienter til ernæringsfysiolog eller lege for videre oppfølging ved bruk av MNA (Hamirudin mfl. 2014).

For eldre pasienter er det sannsynlig at en screening ernæringsstatus utført med bruk av MNA- verktøyet, vil avdekke risiko for å utvikle underernæring på ett tidlig tidspunkt (Kondrup et al 2003; Gjerlaug et al.2016).

4.0 Teoretisk perspektiv

Jeg har valgt å ha ett sykepleiefaglig perspektiv i dette prosjektet, da ernæring er ett av de mest basale behov for mennesket, og ett av Virginia Hendersons 14 punkter om hva grunnleggende sykepleie er. I arbeidet med prosjektet er det en forutsetning at man har kunnskap om de ulike fasene i ett endringsarbeid.

4.1 Virginia Henderson

I hjemmesykepleien er vi opptatte av å jobbe med hele mennesket. Det å sørge for at mennesket får i seg nok mat og drikke er ett av Virginia Hendersons punkter i grunnleggende sykepleie (Henderson 1998). Hun mener at sykepleieren skal være i stand til å foreta nødvendige vurderinger når det gjelder grunnleggende sykepleie. Virginia Henderson begynte å jobbe i hjemmesykepleien etter sin utdanning. Hennes tenkning om å se hele mennesket, er en holistisk tilnærming og hennes definisjon av sykepleien er :

Den er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Dette skal dessuten gjøres på en måte som gjør at pasienten gjenvinner uavhengighet så raskt som mulig. (Virginia A. Henderson 1998:45).

4.2 Endring i organisasjonen.

Endringsarbeid starter ofte med en idé som først bør testes ut i liten skala. Mange feiler allerede her, fordi de iverksetter den store endringen før ideen er testet ut (Langley 2009).

Grunnlaget for all endring i en organisasjon, er endring av enkeltpersoners adferd. Det er behov for en målrettet tilnærming til endringsviljen man kan finne i grupper, i individer og i enheter i selve organisasjonen (Willumsen og Ødegård 2014). En klinisk virksomhet, slik som hjemmetjenesten befinner seg under ett kontinuerlig endringstrykk, der lover og regler, normer og verdier, og etter hvert nye tenkemåteretter som etter hvert blir tatt for gitt, legger press på virksomheten (Orvik 2017).

4.3 Endringsprosesser i helsetjenestene.

Tradisjonell endring i helsetjenesten har ofte skjedd ved at helsepersonell har utviklet fagspesifikk kunnskap med basis i egne verdier. Da har målet deres vært å forbedre den direkte pasientomsorgen i hver enhet, gjerne i kombinasjon med klinisk forskning. Kvalitet i alle ledd kan være livsviktig for pasienter, men sikrer ikke kvalitet i de delene av pasientforløpet som kliniske enheter sammen har ansvar for (Orvik 2017). Kontinuerlig forbedring av forløp krever forbedringskunnskap. Forbedringskunnskapen handler om hvordan forbedring skjer i en organisasjonsenhet. Den bringer altså inn et rammefaktorperspektiv, mens den fagspesifikke kunnskapen har fokus på innhold, eller hva som er gjenstanden for forbedring. Med forbedringskunnskapen får en hjelp til å ikke bare se den kliniske enheten som omgir pasienter og helsepersonell, men hvordan dette systemet påvirker, og blir påvirket, som et åpent og komplekst adaptivt system (Orvik 2017). Forbedringsarbeid har over tiden endret seg fra å ha båret preg av initiativ fra enkeltpersoner og lokal entusiasme, til å ha blitt mer sentralt styrt i form av nasjonale kampanjer for kvalitetsforbedring og nasjonale kampanjer. Ett grunnleggende poeng i arbeidet med kontinuerlig forbedring er at fagkunnskap alene ikke sikrer forbedring. I tillegg trengs kunnskap om den måten som forbedring skjer. Kontinuerlig forbedring som en endringsmetode innebærer at vi faktisk forbedrer det vi gjøre, og ikke driver med forbedring. Det er ikke ett tillegg til jobben, men en del av jobben til en profesjonsutøver. Det er noe som angår både helsepersonell, kliniske ledere og administrative ledere. Det innebærer en synliggjøring av både kjerneprosesser og støtteprosesser i kliniske virksomheter. Det skal være ett bidrag for å fremme prosessforståelse blant oss som er klinikere (Orvik2017).

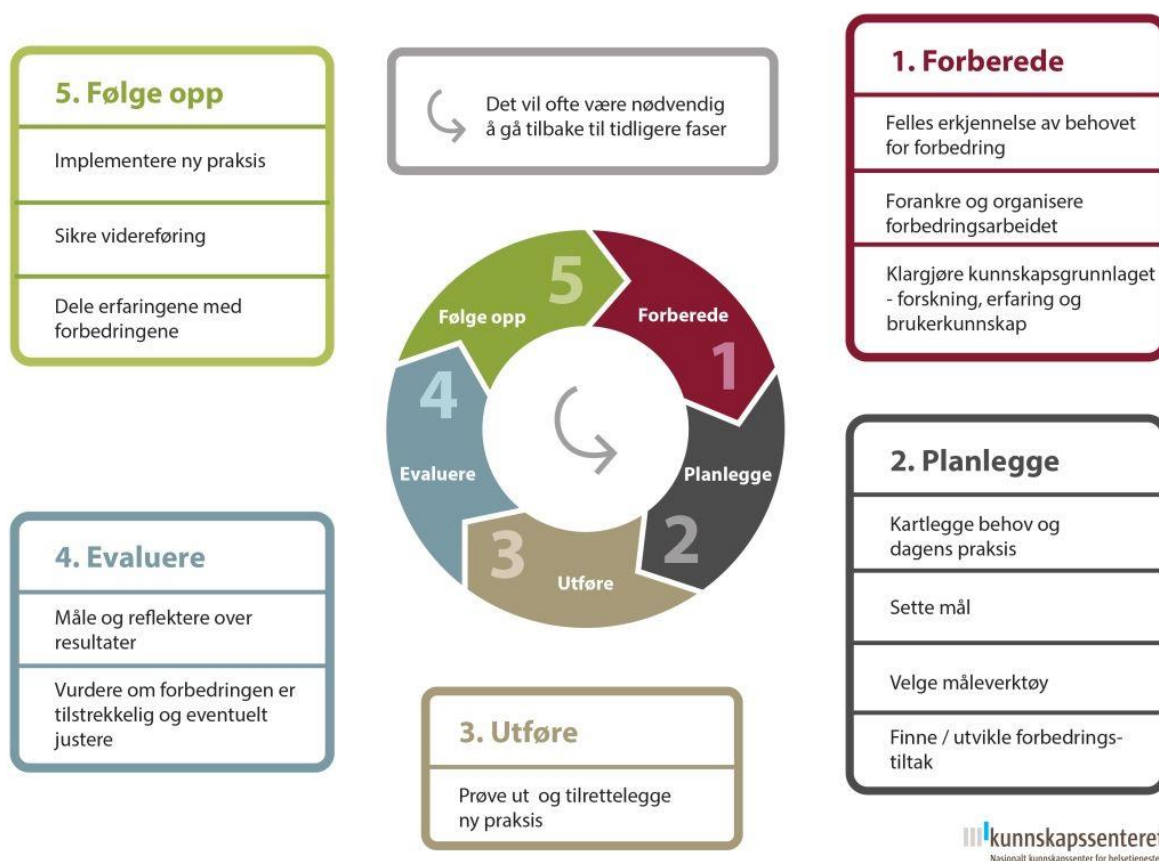
5.0 Metode

Modellen som jeg ønsker å benytte i dette prosjektet, er hentet fra nasjonalt

kunnskapssenter hvor re-inkrementell endringsmetode er anbefalt å bruke (figur 1). Den er utviklet i et klinisk forskningsmiljø, og bygger på en kombinasjon av pasienterfaringer, kliniske erfaringer og forskningsbasert kunnskap (Orvik 2017).

5.1 Modell for endringsarbeid

Forbedringskunnskap er en kompetanse der både refleksjon og handling inngår. Den kan øke klinikers forståelse for hvordan forbedringsprosesser foregår i praksis, og styrke deres handlingskompetanse i forbedringsarbeidet. En individuell tilnærming til forbedringsarbeidet er ikke nok, da det vil ha begrenset effekt over tid. Fokuset har da flyttet seg fra individuell kompetanse til endring av kliniske systemer som helhet, arbeidsprosesser, kulturelle mønstre og organisasjonsstruktur (Ohrvik 2017).



Figur 1 Modell for kvalitetsforbedring (Helsebiblioteket.no 2015)

Metoden hentet fra nasjonalt kunnskapssenter, en re-inkrementell endringsmetode, hvor det anbefales å gjennomføre endringer i små trinn. Dette er den samme tanken som ligger bak dette endringsprosjektet. Når ett forbedringsområde er identifisert, tillater modellen

rask utprøving av endringer i liten skala (Helsebiblioteket 2015). Effekten av endringene blir så analysert før ytterligere endringer blir gjennomført. Modellens enkelhet, er dens styrke. Den kan bidra til at kontinuerlig forbedring blir en arbeidsform for helsepersonell, og en grunnleggende endringskompetanse i alle deler av helsetjenesten. Modellen har for øvrig paralleller til andre kliniske metoder som sykepleieprosessen, som gjør at den i mitt tilfelle er lett gjenkjennbar for de som skal jobbe med den, og dermed enkel å forstå, og forholde seg til (Ohrvik 2017).

6.0 Gjennomføring av prosjekt

Metoden fra Kunnskapssenteret (2015) som beskriver endringsprosessen er valgt i dette endringsprosjektet, og påpeker viktigheten av at endringene skjer trinnvis. Det er ofte nødvendig i en prosess å gå tilbake ett trinn for å endre/forbedre eller evaluere ett trinn før man kan gå til neste trinn.

6.1 Trinn 1 – Forberede

Arbeidet med prosjektplanen inngår i denne fasen. Ledelsen ble spurt da jeg skulle starte arbeidet. Vi ble i fellesskap enige om at dette forbedringsprosjektet bør fokusere på etablering og implementering av rutiner for kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko i hjemmesykepleien.,

6.2 Trinn 2 – Planlegge

Her skal dagens praksis og behov kartlegges.

Mål for prosjektet er at alle pasienter som får tildelt hjemmetjeneste framover, skal få tilbud om ernæringscreening- Det skal iverksettes tiltak ut i fra behov, og pasientens ønsker og mål. Alle risikopasienter skal identifiseres og kartlegges. Her skal det også iverksettes tiltak ut i fra behov. Oppfølgingen skjer sammen med pasient, pårørende og fastlege.

6.3 Trinn 3- Utføre

Prosjektet settes ut i småskala, og følgende punkter ivaretas:

- God informasjon gis til alle involverte parter. Aktuelle pasienter og deres pårørende informeres personlig, både muntlig og skriftlig om hva

ernæringscreening er, og hvordan screeningen foregår, og hva vi ønsker å oppnå. Her er det naturlig at det skapes en dialog mellom pårørende og personalet om hva de kan bidra med for å optimalisere ernæringsstatusen for sine.

- Nødvendig opplæring av personale før oppstart foregår via kommunens læringsportal, KS læring, hvor avdelingsleder legger til rette i arbeidstiden for at ansatte skal kunne tilegne seg nødvendig kunnskap. Informasjon om dette blir gitt på personalmøter som ligger i turnus, samt på alle ansattes kommunale mailadresse.
- Tydelighet om hvem som skal gjøre hva og hvordan. Ansvarsforhold avklares. Tiltakspakken for forebygging av underernæring i hjemmetjenesten fra pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/4 sin Strategi for 2014 -2018 anvendes i utførelsen av prosjektet.
- Tidsplan og aktivitetsplan for innføring av endringer som tar hensyn til ferier
- Infrastruktur som sikrer at utstyr, materiell og hjelpemidler er på plass, som vekt, målebånd, munnspeil og lykt. Brosjyrer om kosthold bestilles opp etter avtale med fagleder.
- Ernæring og fokus på ernæringsstatus og eventuelle endringer blir ett fast daglig tema ved rodene, og tas opp hver morgen på tavlemøter. Personalet minnes da daglig på fokuset i prosjektet.
- Ledelsen følger opp for å forsikre seg om at tiltakene utføres som planlagt med informasjon ukentlig, og på forespørsel til prosjektleder. (Helsebiblioteket 2015).

6.4 Trinn 4 – Evaluere.

Her skal det vurderes om forbedringen er tilstrekkelige og eventuelt justere.

Resultatene av målingene og tilbakemeldingene må synliggjøres og diskuteres både med ledelsen, brukere/pasienter og medarbeidere:

- Er målene man satte seg nådd?
- Har vi gjort det vi ble enige om og virket det?
- Er det behov for ytterligere forbedringer?

Dersom forbedringen av tjenestekvaliteten ikke er tilfredsstillende, går man tilbake til fase 1 og 2.

- Kanskje har forankring og organisering ikke vært god nok?
- Er det noe i organisasjonskulturen som motvirker forbedringene?
- Har utprøvingen vist at målene bør justeres?

Hvis disse faktorene er i orden og tiltakene ikke har virket etter hensikten, kan det være at tiltakene har virket i for kort tid til å gi de ønskede resultatene. Det kan være nyttig å gi prosessen noe lenger tid før man gjør justeringer. Alternativt må tiltakene justeres ut ifra manglende effekt. Ellers utvikler man nye forbedringstiltak, som så prøves ut på samme måte. Uansett er det viktig å diskutere resultatene med personalet og brukerne for å høre om de har viktige innspill.

Man bør også være oppmerksom på at forbedringsarbeidet kan gi uventede konsekvenser. (Helsebiblioteket 2015).

6.5 Trinn 5- Følge opp

Dersom tiltakene som er iverksatt fungerer tilfredsstillende, er det viktig å sikre at forbedringene innføres i vanlig drift og at de opprettholdes. Forbedringene må bygges inn i organisasjonens systemer og infrastruktur. Her oppdateres prosedyrer, opplæringsprogram i KS læring videreutvikles.

Dersom forbedringstiltakene har vært prøvd ut i liten skala med godt resultat, kan de prøves ut i større skala før implementering i vanlig drift. Det opprettes kontaktpersoner på hver rode som skal ha ansvaret for at alle ansatte følger opplæringskursene, og at prosedyrene blir fulgt, og oppdaterte.

Det er nødvendig å få på plass et system for å overvåke at ny praksis fortsatt fungerer optimalt. Dette kan blant annet gjøres ved å fortsette å måle en eller to ganger i året og synliggjøre og drøfte resultatene med ledere, brukere og medarbeidere. Det er et

lederansvar å sørge for at dette gjøres og at resultatene brukes i videre forbedringsarbeid. Andre tiltak for å kontrollere at kvaliteten på tjenestene vedvarer er blant annet systematisk avvikshåndtering og intern revisjon.

Å dele erfaringene fra forbedringsarbeidet slik at det kan spres til andre organisasjoner er derfor en viktig oppgave i forbedringsarbeidet. Dette kan gjøres via lokale og nasjonale nettverk, eller gjennom å tilrettelegge for felles læring ved at prosjekter blir gjort kjent gjennom blant annet artikler, postere og foredrag. Aktuelle arenaer for dette er fagdager eller personalmøter, som begge deler ligger fast i turnus (Helsebiblioteket 2015).

Økt fokus på tverrfaglighet, koordinering og kommunikasjon bland alle faggrupper og behandlingsnivå i henhold til pasientsikkerhetsprogrammet og pasientforløp (Helsedirektoratet 2015).

7.0 Ethiske overveielser

En kartlegging av ernæringsstatus skal være i samråd med pasient, og gjerne pårørende, som ser på dette som ett positivt tiltak. Ethiske utfordringer i forhold til mitt prosjekt er mange. I arbeidet med den geriatrike og miltsyke pasienten vil det alltid være en overveelse for når er det sykdom som gjør at ernæringsstatusen ikke er tilstrekkelig, og hva skyldes en naturlig aldringsprosess (Wyller2016). Man kan møte pasienter som ikke ønsker å snakke om kosthold. En kan møte pasienter som har psykiske lidelser fra langt tilbake som påvirker matlyst og sitt forhold til mat. Hos den geriatrike pasienten kan det være en rekke medisinske årsaker til vekttap og dårlig matlyst. Hvor omfattende utredningen av pasienten skal være, avhenger av pasientens allmenntilstand. Hos skrøpelige pasienter, må man ikke overse tilstander som enkelt kan korrigeres, før eventuelle tiltak iverksettes i forhold til ernæring. Slike tilstander kan være legemiddelbivirkninger, smertefulle tilstander i munnhule, eller generelle smerter. Kostholdsrådene som gis, skal gis ut i fra om pasienten er sårbar eller robust (Wyller 2015). Wyller (2015) definerer den sårbare pasienten som en som har redusert evne til å opprette fysiologisk homeostase ved belastning, og dermed økt risiko for å utvikle sykdom når noe ekstraordinært inntreffer. En person som er sårbar vil oppleve større funksjonssvikt ved akutt sykdom enn en som er robust, og vil derfor også ha høyere risiko for å ikke gjenvinne sitt tidligere funksjonsnivå. Hos alle sårbare eldre bør det foreligge en plan for adekvat ernæring (Wyller 2015), men kun dersom pasienten ønsker det. Tematikken rundt

ernæring og hvilke tiltak som pasienten ønsker iverksatt bør være snakket om, og lagt en plan for tidlig i samtalene med hjemmesykepleien.

8.0 Fremdriftsplan

Oktober 2018 - Alle ledere og ansatte mottar informasjon om endringsarbeidet.

Prosjektplan legges fram for fagleder, avdelingsleder og sykepleiere ved rode 4 og ved sykepleiermøte.

November 2018 – Allerede utarbeidede verktøy og pasientforløp vurderes av nedsatt arbeidsgruppe, for å bestemme hvilket som skal anvendes i hjemmetjenesten.

Desember 2018 – 10 risikopasienter ifht ernæringsstatus skal pr 31.12.2018 være identifisert, informert og kartlagt ved hjemmetjenesten rode 5. Det skal være satt opp ett ernæringstiltak i samråd med pasient og pårørende. Fastlege informeres om kartlegging av ernæringsstatus, og involveres etter behov for medisinsk oppfølging.

Prosessen evalueres fortløpende ifht endringsmodellen fra kunnskapssenteret.

Mars – Juni 2019: Evaluering av endringsarbeidet i møte med ledelsen, journalansvarlig.

Avklare muligheten for å få ett standardisert ernæringstiltak inn i journal og mulighet for å kjøre ut lister med mangelfull oppdatering i journal på ernæring.

9.0 Konklusjon og relevans

For å kunne ta imot pasienter og pårørende, trengs det kompetent personale til å utrede, diagnostisere, behandle, pleie og gi omsorg, Norge mangler flere tusen helsefagarbeidere og sykepleiere til eldreomsorgen, og langt verre er det spådd til å bli (Helsedirektoratet 2015). Med det vi vet om eldrebølgen er at vi trenger en nyskapende satsing, og den viktigste faktoren for rekruttering av fagpersonell, er kompetanse og fagutvikling (Holm og Husebø 2015). Stortingsmelding 26 (2014) «*Fremtidens primærhelsetjeneste*» sier at pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Brukerne sier at de ønsker flere lavterskeltiltak og bedre tilgjengelighet, mer brukerstyrte tjenester, kompetanseheving i tjenesten og tettere oppfølging (Helse og omsorgsdepartementet 2015).

I dag er det å jobbe som sykepleier utfordrende på mange andre måter enn det var før. Det stilles høyere krav til kompetanse, og pasientene har mange sykdommer, og kompleksiteten i pasientgruppen og i jobben øker. Norsk sykepleieforbund har utarbeidet en rapport «Fremtidens spesialsykepleiere» (2016) og sier noe om hvorfor det er behov for denne type kompetanse som jeg nå har opparbeidet meg. De hevder at de raske endringene i helsetjenesten krever en ny type kompetanse preget av økt endringsvilje og endringsevne, samhandlings og koordinator- kompetanse, samt samfunnskompetanse. (Helsedirektoratet 2012) Nasjonal helse og sykehusplan (2015) understreker behovet for flere sykepleiere med spesialisert og avansert klinisk kompetanse. De beskriver et potensial for at flere spesialsykepleiere kan få økt ansvar og utvidede oppgaver. Spesialsykepleiere blir en viktig faktor for en nødvendig innovativ tjenesteutvikling (NSF «Fremtidens spesialsykepleiere s6).

Dårligere pasienter trenger gode vurderinger med raske avklaringer på helsetilstanden i forhold til behov for behandling og tettere oppfølging. Utviklingen av medisinsk teknisk utstyr og nye kommunikasjonsplattformer har gitt mulighet for hjemmebehandling og oppfølging av pasienter som før ble innlagt i sykehus eller sykehjem (helseinnovasjonssenteret.no) Dette gir endrede oppgaver og arbeidsprosesser, som må møtes ved å utvikle et tjenestetilbud med nye funksjoner og roller. I tråd med Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 (2014) anvendes det i forbedringsarbeidet i Kristiansund kommunevaliderte sjekklister. Pasientforløp, herunder også for forebygging av underernæring hos eldre hjemmeboende tas i bruk er satt på dagsorden. Samhandling og tverrfaglighet settes økt fokus på. Å ta utgangspunkt i ett arbeid som er utviklet i et klinisk forskningsmiljø, og som bygger på en kombinasjon av pasienterfaringer, kliniske erfaringer og forskningsbasert kunnskap (Orvik 2017) gjør at dette prosjektet har stor sjanse for å lykkes.

10.0 Litteraturliste

Beck Anne Marie, Anette Gøgsig Christensen, Birthe Stenbæk Hansen, Signe Damsbo-Svendsen, Tina Kreinfeldt Skogvaag Møller, Eigil Boll Hansen og Hans Keiding. 2014. Study protocol: cost-effectiveness of multidisciplinary nutritional support for undernutrition in older adults in nursing home and home care: cluster randomized trial. *Nutrition journal*, 13:86. Danmark.

Beck, Anne Marie, Annette Gøgsig Christensen, Hansen, Birthe Stenbæk; Damsbo-Svendsen, Signe; Tina Kreinfeldt Skovgaard Møller. 2016. Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing home and home-care: A cluster randomized controlled trial *Nutrition*; Kidlington 199-205.

Bender, Miriam, Marjory Williams Su Wei, Lisle Hites, 2016. *Clinical Nurse Leader Integrated Care Delivery to Improve Care Quality: Factors Influencing Perceived Success*. *Journal of Nursing Scholarship* Indianapolis Vol. 48, Iss. 4, 414-422.

Gjerlaug Anne Karine, Gunn Harviken, Solveig Uppsata og Asta B. 2016. Verktøy ved screening av risiko for underernæring hos eldre. *Sykepleien forskning* nr 211: 148-156.

Geurden, Bart, Erik Franck, Maja Lopez Hartman, Joost Weyler og Dirk Ysebaert. 2015. Prevalence of «being at risk of malnutrition» and associated factors in adult patients receiving nursing care at home in Belgium. *International Journal of Nursing Practice* 21:635-644.

Hamirudin Aliza Haslinda, Karen Charlton, Karen Walton, Andrew Bonney, Jan Potter, Marianna Milosavljevic, Adam Hodgkins, George Albert, Abhijeet Ghosh og Andrew Dalley. 2014. *Feasibility of implementing routine nutritional screening for older adults in Australian general practices: a mixed-methods study*. *BMC Family Practice* 15:186.

Helsebiblioteket. Modell for kvalitetsarbeid. 2015.

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Helsedirektoratet. Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet, Oslo. 2012

Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2009. Oslo.

Helsedirektoratet - Nasjonalt råd for næring 2017. Sykdomsrelatert underernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger. <https://helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/nasjonalt-rad-for-ernering>

Helseinnovasjonssenteret.

https://www.helseinnovasjonssenteret.no/Blogg_lest_21.09.18.

Henderson, Virginia. 1998. *Sykepleiens natur*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Khater MS og Abouelezz F. Nutritional status in older adults with mild cognitive impairment living in elderly homes in Cairo. Egypt. The journal of Nutrition, Health and aging. 2011; 15:104-8.

Kondrup J, S.p. Allison, M.Elia, B.Vellas, M.Plauth 2003 ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition 22(4): 415–421

Langley, Gerald J. 2009: The Improvement guide. Fra BOLK undervisningsmateriale VAK 705 våren 2018 .Høgskolen i Molde.

Lovdata. Lov om helsepersonell m.v. 2012. (helsepersonelloven).

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Lovdata. Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m. m (helse og omsorgstjenesteloven) 2012 https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale%20helse%20og#KAPITTEL_3

Lundin Hans, M Sa, L-E Strende, HA Mollasaraie and H Salminen 2012. *Mini nutritional assessment and 10-year mortality in free-living elderly women: a prospective cohort study with 10-year follow-up.* European journal of clinical nutrition 66(9):1050-3

Malterud Kirsti (2013). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3.utgave.2.opplag. Oslo. Universitetsforlaget.

Meijers Judith M.M, Ruud J.G Halfens, Donja M. Mijnaerends, Henry Mostert, Jos Schols A feedback system to improve the quality of nutritional care. Nutrition 29 (2013).1037-1041.

Nordtvedt Monica w, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim, Liv Merete Reinart. 2017. JOBB KUNNSKAPSBASERT! En arbeidsbok. Oslo. Cappelen Damm AS.

Norsk Sykepleierforbund .2016. Fremtidens spesialsykepleiere. KRAV TIL SPESIALISTSTRUKTUR, UTDANNINGSKVALITET OG DIMENSJONERING.
https://www.nsf.no/Content/2976737/cache=1465980149000/Fremtidens_spesialsykepleier_pdf.pdf

Orvik, Arne. 2017.Organisatorisk Kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse 2. utgave 3. opplag. Oslo. Cappelen Damm AS.

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7Strategi (2014-2018) 2014.
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

Regjeringen – Stortingsmelding 26 (2014-2105). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>

Rognstad May-Karin, Idun Brekke, Eva Holm, Cecilie Linberg og Nina Lühr (2013).
Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. Sykepleien forskning nr. 4
2013:8:289-307

Statistisk sentralbyrå.

Tveiten, Sidsel. 2007. Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i
empowermetrprosessen. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, Eline. 2015. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. 6.opplag.
Bergen. Fagbokforlaget.

Willumsen, Elisabeth og Atle Ødegård.2014. Tverrprofesjonelt samarbeid- ett
samfunnsoppdrag. Oslo: Universitetsforlaget.

Wyller, Torgeir Bruun. 2015. Geriatri -en medisinsk lærebok. 2. utgave. Oslo. Gyldendal
Akademisk.

Vedlegg:

- 1: Brev til ledelsen med søknad om godkjenning for gjennomføring av prosjektet.
- 2: PICO skjema.
- 3: Søkeshistorikk
- 3: Informasjonsbrev til praksisfeltet

Vedlegg 1

Til ledergruppen ved hjemmetjenesten i Kristiansund Kommune ved Enhetsleder Gro Irene Sundet og Fagleder Reidun Nogva.

I forbindelse med min avsluttende oppgave ved videreutdanningen i Avansert Klinisk Sykepleie har jeg valgt å skrive en prosjektskisse for ett endringsprosjekt. Dette prosjektet handler om å kartlegge, vurdere og følge opp ernæringsstatusen hos pasienter på en mer systematisk og målrettet måte enn vi har gjort, og gjør i dag. Målet er at pasientene skal motta en tjeneste av høy kvalitet, og vi skal ha ett personell med høy kompetanse.

Hensikten med prosjektet er å etablere rutiner i hjemmesykepleien for hvordan sykepleier kan bidra til å kartlegge og forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre.

Arbeidet er i tråd med retningslinjer fra Helsedirektoratet, og pasientsikkerhetsprogrammet «i Trygge hender 24/7» (2014), og Stortingsmelding 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste» (Helse og omsorgsdepartementet 2015) hvor pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Brukerne sier at de ønsker flere lavterskeltiltak og bedre tilgjengelighet, mer brukerstyrte tjenester, kompetanseheving i tjenesten og tettere oppfølging (Helse og omsorgsdepartementet 2015).

Jeg ønsker at pasientene våre skal motta en tjeneste av høy kvalitet, og jeg ønsker meg kollegaer som er faglige sterke.

Med Vennlig Hilsen .Lena Settemsdal.

Vedlegg 2 PICO skjema

P	I	C	O
Hvilken pasientgruppe?	Hvilket tiltak?	Skal tiltaket i (I) settes opp mot ett annet?	Hva er det med dette tiltaket jeg ønsker å oppnå eller vurdere?
Eldre, som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie	Kartlegging av ernæringsstatus, screening, veiling, pasientforløp ernæringsplan		Livskvalitet, bedre tjeneste, bedre rutiner/systemer, bedre ernæringsstatus.

(Nordtvedt mfl. 2017).

Vedlegg 3

Søkehistorikk.

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Home care services OR home based care	03.09.18	Ovid	44679	0	0	0
2	nutriton assesement	03.09.18	Ovid	13804	0	0	0
3	1 AND 2 Limited to year 2012-2018 and 65ears +	03.09.18	Ovid	22	10	10	7
1	(Home care OR Home based care) AND(malnutrition) (nurse OR nursing)AND (system OR rutine) AND (screening)	19.09.18	ProQuest	31	0	0	0
2	Limited to recent 5 years and avaiable in full text.	19.09.18	ProQuest				
3	1 AND 2	19.09.18	ProQuest	8	8	4	1
1		11.09.18	ProQuest				
	Totalt:			30	18	14	8

Vedlegg 4

Til Kollegaer, pasienter, pårørende og ledeke ved hjemmetjenesten.

KJÆRE ALLE SAMMEN

Kjære pasient, vit at vi jobber for at du skal motta en tjeneste av god kvalitet. Kjære pårørende, du er enestående, og vi er helt avhengige av din innsats, og ett godt samarbeid for at vi skal kunne gjøre en god jobb. Kjære kollega, jeg håper du vet at DU er uunnværlig i jobben, og jeg håper du gleder deg til å ta fatt på dette sammen med meg! Kjære leder, jeg ønsker meg at du gir meg tid til å gjøre dette prosjektet.

HVA ER DET JEG HAR DREVET MED DE SISTE TO ÅRENE?

De siste to årene har jeg studert ved Høgskolen i Molde og tatt en videreutdanning i Avansert Klinisk Sykepleie.

I forbindelse med min avsluttende oppgave ved videreutdanningen, valgte jeg å skrive en prosjektskisse for ett forbedringsarbeid. Dette prosjektet handler om å kartlegge, vurdere og følge opp ernæringsstatusen hos pasienter på en mer systematisk og målrettet måte enn vi har gjort, og gjør i dag. Målet er at pasientene skal motta en tjeneste av høy kvalitet, og vi skal ha ett personell med høy kompetanse.

Brukerne sier at de ønsker flere lavterskeltiltak og bedre tilgjengelighet, mer brukerstyrte tjenester, kompetanseheving i tjenesten og tettere oppfølging (Helse og omsorgsdepartementet 2015). Vi som er der sammen med pasientene hver dag, det er vi som må sørge for dette!

Hensikten med prosjektet er å etablere rutiner i hjemmesykepleien for hvordan sykepleier kan bidra til å kartlegge og forebygge underernæring hos hjemmeboende eldre.

Jeg vil at endringsarbeidet skal sette kartleggingen av ernæringsstatus i system for å sikre god oppfølging av pasienten, samtidig som kompetansen hos personalet økes i form av internundervisning.

Med vennlig hilsen Spesialsykepleier i Avansert Klinisk sykepleie Lena Settemsdal.